Nouvelle série. SEPTEMBRE 1884 28e année. n° 9

L'ART DENTAIRE

REVUE MENSUELLE
DE LA CHIRURGIE ET DE LA PROTHÈSE DENTAIRES

RÉDACTEUR EN CHEF ET FONDATEUR

A. PRÉTERRE

CHIRURGIEN DENTISTE AMÉRICAIN, LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDAILLE D'OR UNIQUE AUX EXPOSITIONS UNIVERSELLES DE 1867 ET 1878,
FOURNISSEUR DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, ETC., ETC.

Ne pas avancer, c'est reculer !

SOMMAIRE :

PARIS

29, BOULEVARD DES ITALIENS, 29

NICE, succursale de la maison PRÉTERRE, 5, Place Masséna, **NICE**

New-York, Drs E. et A. PRÉTERRE, 159, Bowery.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

8 fr. par an pour la France, 10 fr. pour l'étranger.

NOUVELLE ÉDITION DU LIVRE *LES DENTS*;

Par A. Préterre.

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que la 14e édition de notre livre *Les dents* est sous presse et paraîtra dans une quinzaine de jours. L'ouvrage est entièrement refondu et augmenté de chapitres nouveaux et de gravures nouvelles, et il n'est guère de page qui n'ait été plus ou moins remaniée. Le succès de nos précédentes éditions nous faisait un devoir d'améliorer constamment notre œuvre. C'est vers ce but que tous nos efforts ont tendu.

Quand l'ouvrage aura paru, nous en publierons quelques extraits.

A. Préterre.

FEUILLETON DE L'ART DENTAIRE.

UN PEU DE POÉSIE... POUR FINIR DIGNEMENT.

CHLOROSE.

Je ne veux pas savoir le nombre d'hématies
Que la chlorose avare a laissé dans ton sang.
Je ne veux pas compter sur ton front languissant
Les pétales restés à tes roses transies.

Pauvre enfant! Le nerf vague, aux mille fantaisies,
Donne seul à ton cœur son rythme bondissant;
Seul il rougit parfois ton visage innocent
De l'éclat sans chaleur des pudeurs cramoisies.

Pour le dompter, veux-tu connaître un moyen sûr?
N'épuise plus en vain les sources martiales,
Mais laisse-toi conduire aux choses nuptiales.
Au soleil de l'amour ouvre tes yeux d'azur.
Suis la loi; deviens femme, et qu'en ton sein expire
Dans les blancheurs du lait la pâleur de la cire.

Dr G. Camuset.

FRACTURES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR;

Par M. le Dr Fillion.

Voici les conclusions du Dr Fillion (thèse de Montpellier, 1883) :

Les fractures transversales, qui sont les plus importantes des fractures de la mâchoire supérieure, sont doubles ou simples et siègent au niveau de la couronne alvéolaire.

Elles ne s'accompagnent pas fatalement, mais souvent, de la fracture des apophyses ptérygoïdes : la douleur et la mobilité en ce point ne sont donc pas deux signes absolument pathognomoniques.

Elles sont produites par une pression horizontale, portant sur la ligne médiane au-dessous du nez, comme c'est le cas ordinaire, ou sur la partie latérale d'un maxillaire.

L'enfoncement de la paroi externe du sinus est fréquent; il se fait par contre-coup, après une fracture de l'os malaire.

Quand la fracture indirecte est produite par un coup sous le menton, le maxillaire inférieur se brise en général; quelquefois il reste intact.

Les fractures directes et indirectes se reconnaissent le plus souvent aux signes physiques habituels : en l'absence de ceux-ci, il n'y a pas de signe rationnel pouvant conduire à une certitude absolue.

(*Revue de thérapeutique*.) Fillion.

VALEUR MORPHOLOGIQUE DES FENTES BRANCHIALES;

Par M. Albrecht.

Fentes mandibulaires.

M. Albrecht (de Bruxelles). — Jusqu'aujourd'hui on a eu l'idée qu'il y a de chaque côté un os intermaxillaire et que la fente du bec-de-lièvre passe entre l'intermaxillaire et la mâchoire supérieure. Ce n'est pas exact. Je crois pouvoir démontrer qu'il existe en réalité quatre os intermaxillaires, deux de chaque côté du plan médian, et que la fente du bec-de-lièvre ne passe jamais entre l'intermaxillaire et la mâchoire supérieure, mais qu'au contraire elle est intra-incisive, c'est-à-dire qu'elle passe entre l'intermaxillaire interne et l'intermaxillaire externe du même côté.

Ces rapports sont difficiles à étudier chez l'homme, dont la face est réduite par les modifications que la civilisation a causées par son influence sur la nutrition et la nourriture, et il est indiqué de commencer l'étude des intermaxillaires par les animaux chez lesquels les intermaxillaires sont bien développés. Tel est, par exemple, le cheval, dont le crâne a une certaine valeur historique pour l'étude des os intermaxillaires, puisque Gœthe, avec l'aide du professeur Loder, a précisément, d'après un crâne de cheval, fait la nomenclature latine de l'os intermaxillaire. Or, par une coïncidence étrange, j'ai constaté, en 1878, sur un crâne de cheval, affecté d'un bec-de-lièvre double, l'existence des quatre os incisifs, deux de chaque côté.

L'os intermaxillaire possède un corps volumineux solide, que Gœthe a nommé : corps de l'intermaxillaire, et c'est de ce

corps que partent deux apophyses : l'une, l'apophyse nasale, qui borde extérieurement l'ouverture pyriforme, se soude sur toute sa longueur avec le bord antérieur de la surface faciale de la mâchoire supérieure par la suture intermaxillo-sus-maxillaire (chez l'homme la suture incisive), et arrive jusqu'à l'os nasal, avec lequel elle se soude également, mais, il est vrai, par la suture naso-intermaxillaire ; l'autre, l'apophyse palatine, se joint au même organe de l'autre côté, longe le côté du palais, pour se souder en dernier lieu à l'apophyse palatine du maxillaire supérieur, après avoir fourni le bord médian du canal incisif. Chez le cheval, la fente du bec-de-lièvre est, sans aucune exception, entre le corps de l'intermaxillaire et son apophyse nasale. La fente du bec-de-lièvre de l'ancienne théorie devait passer le long de la suture incisive qui ne pourrait exister, parce que c'est justement la fente qui doit la remplacer. On doit reconnaître que le corps de l'os intermaxillaire est plutôt détaché de l'apophyse nasale (mais en même temps cette dernière est, comme chez le cheval, soudée au maxillaire supérieur.

Il faut que j'insiste sur cette théorie, que j'ai établie en 1878, puisque M. Th. Kölliker (fils du célèbre anatomiste) l'a vivement contestée et maintient, de la manière la plus énergique, l'ancienne théorie de Gœthe, c'est-à-dire que jamais la coexistence de la suture incisive et de la fente du bec-de-lièvre du même côté n'a été observée.

En examinant cependant les becs-de-lièvre de l'homme dans les collections des universités de Kœnigsberg, Berlin, Kiel, Bruxelles, et du laboratoire d'anthropologie de Paris, jai constaté partout que chez l'homme aussi la fente du bec-de-lièvre ne passe jamais entre l'intermaxillaire et le maxillaire, mais toujours entre l'intermaxillaire interne et l'intermaxillaire externe du même côté.

Si l'on examine encore le bec-de-lièvre double de l'homme, compliqué d'une gueule-de-loup double, on verra d'abord que le vomer est excessivement développé. Il se termine par une partie osseuse, un peu renflée, qui porte soit deux, soit quatre dents incisives. C'est là que doit se développer le bec-de-lièvre. En dehors de la fente se trouve une partie osseuse portant des dents ou des alvéoles pour ces dents. En comptant ces dents, on voit d'abord la seconde petite molaire, puis la première, ensuite la dent canine et la seconde dent incisive ; comme le bourgeon (*der Bürzel*) du vomer porte la première dent incisive, il est évident que la fente du bec-de-lièvre passe entre la première et la seconde dent incisive, ou, si vous aimez mieux, entre la dent incisive médiane et entre la latérale.

Quand on regarde de plus près la partie osseuse qui porte les molaires et la seconde incisive, on voit, dans les sept huitièmes des cas, que la suture incisive passe entre la dent canine et la seconde incisive. Nous constatons donc de nouveau la coexistence de la fente latérale du bec-de-lièvre et de la suture incisive.

Je puis, grâce à l'obligeance du professeur Flemming (de Kiel), démontrer par une préparation l'existence de ces rapports aussi chez l'adulte. La préparation montre que la fente maxillaire palatine passe entre la première et la deuxième dent incisive, et, ce qui est le plus essentiel, on peut voir distinctement à droite, entre la seconde incisive et la canine, la suture incisive. Je crois qu'après toutes ces démonstrations M. Kölliker sera de mon avis.

J'ai encore à parler du vomer et de sa grande croissance. L'orateur explique ici les théories très intéressantes qu'il a publiées sur les quatre intermaxillaires, le bec-de-lièvre, etc. Il distingue, d'après Owen, les êtres tétraprotodontes et

hexaprotodontes, et démontre que la seconde dent incisive de l'homme est sa troisième, et que la deuxième, qui, d'après l'histoire du genre humain, est une dent atavique, s'est perdue dans les générations qui existent.]

Les fentes labiales.

Dans la formation de la face, le processus frontal descend de haut en bas, et le processus sus-maxillaire s'avance latéralement. Le premier se divise en quatre parties, dont les deux médianes se soudent. L'intermaxillaire interne est en rapport avec le processus nasal interne ; l'externe, avec le processus nasal externe, et l'os maxillaire avec le processus sus-maxillaire. Le développement embryonal de la lèvre supérieure se rattache au développement du système osseux. Il y a six lèvres supérieures : de chaque côté un interlabium (*Zwischenlippe*) intérieur, un interlabium extérieur, et puis les deux interlabia médians. Par la réunion de cette lèvre intérieure avec l'extérieure, la narine se ferme; cette réunion ne se faisant pas, on a le bec-de-lièvre, dont la fente passe donc entre l'interlabium interne et externe.

Les fentes de la figure.

Une des parties les plus difficiles de la tératologie, c'est la théorie des fentes *obliques* de la figure. Il y en a qui passent par le nez, et il y en a d'autres qui n'ont rien à faire à cet organe. Les dernières tirent leur origine de la fente stomato-orbitaire, fente qui correspond au canal naso-lacrymal d'une période postérieure. La fente stomato-orbitaire passe donc entre l'interlabium supérieur externe et le labium supérieur.

Les fentes de la face de la seconde espèce sont celles qui

passent entre l'interlabium supérieur interne et externe, ce sont les fentes nasales. (*Applaudissements.*)

M. von Langenbeck passe une série de photographies et de dessins de becs-de-lièvre qu'il a opérés.

M. Kolliker. — L'homme n'a que deux os intermaxillaires. Si M. Albrecht en a observé quatre, c'est un accident; il en est ici comme pour les os zigomatiques que l'on observe quelquefois à l'état quadruple. Il y a là un processus pathologique qui détache parfois une partie d'un os et en forme un os, pour ainsi dire, indépendant. Si M. Albrecht a vu des préparations où le bourgeon du vomer portait quatre dents, je lui dis qu'il y a des becs-de-lièvre où l'on observe une, trois, quatre, cinq, six et même sept dents.

M. Albrecht. — Je ne connais *aucun cas de bec-de-lièvre où l'on trouve, en dehors de la fente, une dent canine; c'est toujours une dent incisive.*

(*Semaine médicale.*) Albrecht.

RELATIONS ENTRE L'ASPECT DE LA BOUCHE ET DE LA FACE ET CERTAINES MALADIES;

Par M. Ambroise-L. Ranney.

(*Suite et fin.*)

Types spéciaux de la face. — Plusieurs formes spécifiques de maladies sont accompagnées d'une physionomie particulière. Citons comme exemples les enfants scrofuleux qui héritent, soit d'une peau veloutée, d'un teint brun foncé, de cheveux foncés, d'yeux foncés brillants, de cils

*

longs et d'un visage aux traits fins et expressifs ; soit d'un teint blond, d'un nez épais et gonflé, d'un menton large, de dents irrégulières ou à évolution tardive, d'une inflammation des glandes de Meibomius, de l'ophtalmie scrofuleuse, d'éruptions à la tête, au nez, aux lèvres, et d'une hypertrophie des ganglions cervicaux (1).

Hippocrate (2) décrit une expression caractéristique qui a reçu son nom : c'est le « facies hippocratique » : les sourcils sont froncés, les yeux creux et enfoncés ; le nez est très effilé ; les oreilles sont froides, minces, contractées, et leurs lobules notablement ratatinés ; la face est pâle, d'un teint verdâtre, livide ou plombée ; la peau du front est tendue, sèche et dure. Ce type de physionomie indique fréquemment l'approche de la mort dans les maladies chroniques ou dans certaines formes d'affections aiguës qui se sont prolongées d'une manière inusitée.

Le « facies stupide » a pour caractère principal une expression d'affaissement. Les yeux présentent une particularité : ils sont extrêmement ternes, semblables à ce qu'on observe dans la stupeur alcoolique. Ce type de facies s'identifie avec ce qu'on appelle le « facies typhoïde », car il se rencontre le plus souvent dans une fièvre typhoïde ou dans un état typhique associé à une autre maladie (3).

Un autre type de facies sur lequel l'attention est souvent portée est la « face grippée ». Elle peut être produite artificiellement par l'exposition au froid, et se caractérise par un amincissement apparent des contours de la face, des traits tirés et contractés, et une pâleur ou une teinte livide

(1) Williams. *Op. cit.*
(2) *Pronostics* (traduction d'Adam).
(3) Finalyson *Clinical Diagnostic*. Philadelphia, H. C. Lea, 1878.

de la peau. On la considère comme étant surtout fréquente dans le cours d'une péritonite aiguë.

Dans la longue liste des affections où l'entrée de l'air dans les poumons est entravée d'une manière plus ou moins marquée, et dans les accidents tels que la suffocation, la strangulation, l'étouffement, l'asphyxie par l'eau, etc., qui produisent le même résultat, les symptômes de l'apnée se manifestent au visage par la rougeur et la tuméfaction d'abord, puis par une coloration livide et pourpre. Les veines du cou se gonflent et les yeux semblent sortir de leurs orbites. La perte de la conscience et parfois des convulsions précèdent la mort (1).

Le facies de l'anémie s'observe dans les cas d'hémorragie subite ou graduelle dont le pronostic devient alarmant. Les phénomènes qui accompagnent la mort dans ces circonstances sont : la pâleur de la face avec un teint particulier de plomb ou d'argile (2), une transpiration froide, l'affaiblissement de la vue, la dilatation des pupilles, la lenteur, la faiblesse et l'irrégularité du pouls, et une insensibilité rapide. A ces symptômes se joignent souvent des nausées, l'inquiétude, l'agitation des membres, un délire passager; la respiration devient irrégulière, suspirieuse et haletante; enfin des convulsions terminent souvent la scène.

Certaines affections inflammatoires de l'œil modifient d'une manière remarquable l'expression du visage (3). Dans l'ophtalmie strumeuse, le front de l'enfant est froncé et contracté, l'aile du nez et la lèvre supérieure sont tirés

(1) Watson. *Practice of Physic* (Condie's edition).
(2) Sir Charles Bell. *Op. cit.*
(3) Haynes Walton. *Operative Ophtalmic Surgery*. Philadelppia, 1853.

en haut. Les muscles qui tendent à préserver l'organe enflammé de la lumière, sans enlever cependant la perception des objets, sont mis en action ; il se produit ainsi une grimace particulière et caractéristique. Dans les cas graves, l'enfant boudera toute une journée dans les coins, ou, s'il est forcé de rester au lit, enfoncera sa tête dans l'oreiller, attendu que l'éloignement de toute lumière est un grand allégement pour sa souffrance. Si on l'amène à la fenêtre, il protégera ses yeux avec les mains ou les bras ; et si l'œil est ouvert, une profusion de larmes brûlantes s'en échappera pour pénétrer dans le nez et provoquer un éternuement, ou pour se répandre sur la figure et produire l'excoriation des parties adjacentes. Cette intolérance extrême pour la lumière semble être la caractéristique de ce genre de troubles, quoique souvent elle soit hors de toute proportion avec la rougeur qui indique l'étendne de l'inflammation existante. Dans l'ophtalmie catarrhale, l'inflammation paraît limitée à la conjonctive et aux glandes de Meibomius. Les paupières sont agglutinées ensemble par les cils baignés eux-mêmes par une abondante sécrétion de la conjonctive et des follicules enflammés ; la rougeur de la surface de l'œil, jointe à une certaine souffrance et à une certaine gêne, est le seul autre symptôme qui ait une signification diagnostique particulière.

Les lésions de l'iritis se caractérisent par une rougeur de la sclérotique, un changement de coloration de l'iris et un aspect général de cette membrane différent de son aspect normal ; une irrégularité de la pupille, produite par une adhérence de l'iris aux tissus voisins ; parfois une immobilité de la pupille, conséquence de ces adhérences ; enfin, par un dépôt apparent de lymphe coagulable. Dans l'iritis aiguë, la pupille se dilate rarement dans l'obscurité, par

suite de l'intensité de la congestion (1); elle est ordinairement plus petite que celle de l'œil sain.

Il y a également, dans les attaques d'iritis aiguë, de la douleur et une photophobie extrême. L'habitus de l'amaurotique a quelque chose de tout à fait spécial qui suffit au médecin pour poser son diagnostic : le patient entre dans la chambre avec un air de grande incertitude dans les mouvements ; ses yeux ne sont pas dirigés vers les objets environnants ; les paupières sont largement ouvertes, le patient semble regarder dans le vide. Ce regard fixe et atone est dû en grande partie à l'absence de cette harmonie dans les mouvements et de cette expression qui résultent avant tout des impressions obtenues par l'exercice de la vision (2). On n'observe jamais ce regard fixe, si apparent chez les sujets devenus aveugles à la suite d'une opacification de la lentille cristallinienne ou de sa capsule, c'est-à-dire d'une cataracte. Ceux-là, au contraire, bien qu'ils ne voient pas, paraissent cependant regarder autour d'eux comme s'ils avaient encore conscience que leur rétine a conservé sa puissance visuelle, alors que la perception des objets lui est désormais enlevée. Les patients atteints de cataracte qui ne distinguent pas la présence d'un jet de gaz ou la lumière d'une bougie dans une chambre noire, ne sont pas des sujets propres à être opérés, puisqu'on peut dès lors soupçonner hardiment l'existence d'un trouble quelconque derrière la lentille ; il est rare, en effet, que la périphérie de la lentille devienne assez opaque pour empêcher la lumière d'aller impressionner la rétine, même si le contour des objets ne peut être reconnu.

---

(1) Voir les expériences de Mosso, citées par Michael Foster.

(2) Watson. *Op. cit.*

Le facies de l'hydro céphalie chronique est peut-être ce qu'il y a de plus typique dans tous les états qui appellent l'attention du médecin ou du chirurgien. Dans ce cas, l'os frontal est projeté en avant, de sorte que le front, au lieu d'obliquer en arrière, s'élève perpendiculairement ou même fait saillie en avant à sa partie supérieure et surplombe l'arcade sourcilière. Les os pariétaux sont bombés en haut, vers les côtés; l'occiput est poussé en arrière, et la tête devient longue, large et profonde, mais aplatie au sommet. Tel est le résultat ordinaire de cette affection. Dans quelques cas cependant, le crâne s'élève en forme de cône ou de pain de sucre. Assez souvent aussi la tête tout entière est irrégulièrement déformée, les deux côtés manquant de symétrie. Quelques-unes de ces formes plus rares sont originaires; les autres sont probablement en rapport avec le genre de pression externe à laquelle la tête a été soumise. Pendant que le crâne se développe avec cette exagération, les os de la face continuent à croître physiologiquement; de là une disproportion qui donne une physionomie vieillie et étrange aux malheureux atteints de cette infirmité. Ces individus n'ont pas la figure ronde ou ovale de l'enfance : le front est large, et les contours des traits s'effilent vers le menton; le visage est triangulaire. La grande disproportion entre la tête et la face donne le diagnostic de la maladie et suffirait à distinguer le crâne d'un enfant hydrocéphale de celui d'un géant. Dans les affections cérébrales, le facies est tantôt farouche et animé, tantôt léthargique et sans expression

Les affections thoraciques sont toutes accompagnées d'une altération plus ou moins marquée de la coloration du visage; alors que, dans les maladies abdominales, il y a si peu de changement de ce côté que l'intelligence et la teinte

des traits restent les mêmes jusqu'au dernier moment, et cela malgré des traits grippés et fatigués qui dénotent des souffrances aiguës; dans la pneumonie, au contraire, le facies est dépourvu d'expression; la joue est d'une teinte sombre avec une nuance de rouge; les paupières retombent sur le globe de l'œil; les lèvres sont sèches, herpétiques, légèrement vineuses; la poitrine est relativement immobile, mais l'abdomen supplée visiblement à cette inertie par une activité plus grande; la peau est chaude; les mouvements respiratoires sont d'ordinaire environ deux fois plus nombreux qu'à l'état normal, et le pouls est fortement accéléré. Dans le cas de dyspnée extrême, le patient, indifférent à ce qui se passe autour de lui, semble entièrement absorbé par ses efforts de respiration; incapable de se coucher, c'est à peine s'il peut parler; la face prend une expression d'anxiété extrême, et les narines dilatées indiquent, par leur mouvement continuel, la gêne pulmonaire.

AMBROISE-L. RANNEY.

(*Journal de médecine de Bruxelles.*)

NOTE SUR UN CAS DE SIALORRHÉE D'ORIGINE NERVEUSE;

Par MM. GILLES DE LA TOURETTE et BOTTEY, internes des hôpitaux.

L'hypersécrétion de la salive n'est pas un phénomène rare chez les individus qui souffrent d'une affection nerveuse : on a pu l'observer dans certains cas de lésions cérébrales, mais il est de notoriété commune qu'elle se montre assez fréquemment, dans les maladies qui intéressent le bulbe — l'ataxie locomotrice, la paralysie labio-glosso-

laryngée — pour occuper une place notable dans leur symptomatologie. Dans la grande majorité de ces cas, toutes les glandes salivaires participent à cette hypersécrétion, et il est rare que le liquide recueilli vienne assez particulièrement d'une glande à l'exclusion d'une autre pour que son examen puisse permettre de déterminer avec précision la composition du liquide parotidien ou sublingual par exemple. Il en est de même lorsque, par l'emploi d'agents thérapeutiques, et parmi ceux-ci le jaborandi, on détermine une sialorrhée à laquelle participent toutes les glandes salivaires. Le cas que nous rapportons nous a paru réaliser, au point de vue particulier de la parotide, l'expérience bien connue de Claude Bernard sur la glande sous-maxillaire du chien : l'impossibilité dans laquelle on se trouve de déterminer expérimentalement chez l'homme de tels effets physiologiques, nous a engagés à en publier la relation.

Il s'agit, dans la circonstance, d'un homme âgé de 26 ans, exerçant la profession de garçon boucher, de constitution vigoureuse, ne présentant pas d'antécédents pathologiques héréditaires. Il n'est ni syphilitique ni alcoolique et n'a jamais souffert que de rares maux de tête survenant à intervalles éloignés. Vers le mois de novembre 1883 il a été envahi par une loquacité insurmontable. Depuis cette époque, sans cause appréciable, il parle tout haut ou à voix basse, disant tout ce qui lui vient à l'idée et accompagnant ses actes d'un verbiage continuel. Bien que ses actes soient toujours sensés, cette loquacité est devenue tellement désagréable, qu'il ne trouve plus à s'employer dans le métier qu'il pratique.

Cette bizarre affection le conduit à l'hospice de la Salpêtrière le 14 février 1884, et bien que, suivant lui, son état

se soit amélioré, il est facile, les jours suivants, de l'entendre parler seul d'une façon plus ou moins compréhensible. Les facultés intellectuelles sont du reste intactes, de même qu'il n'existe aucun trouble de la sensibilité ou de la mobilité.

Le 18 février, à six heures du soir, sans que le malade se soit exposé au froid, sans cause provocatrice d'aucune sorte, surviennent subitement des douleurs très vives, à caractère lancinant, dans la région parotidienne droite, irradiant dans toute la partie droite de la face et jusque dans l'oreille du même côté. Ces douleurs sont si vives, qu'il est obligé de se tenir la tête sous un courant constant d'eau froide. Presque aussi subitement la bouche se remplit de salive, et pendant que la partie droite de la face est couverte de compresses imbibées d'eau froide, le malade tient sous sa bouche un crachoir qui est bientôt rempli de liquide salivaire qui s'écoule constamment le long de la commissure labiale. Il est facile de constater que la *région parotidienne* est le siège d'une notable augmentation de volume, qu'il existe un peu de rougeur de la peau sans empâtement, et que la température locale y est légèrement augmentée. *Les autres glandes salivaires sont entièrement indemnes de tout phénomène particulier.* Il n'existe aucun trou le du goût, de l'ouïe, de l'odorat ou de la vue. Vers dix heures du soir les phénomènes douloureux disparaissent subitement, la sialorrhée s'arrête et le malade s'endort : la région parotidienne reprend son volume normal.

Le lendemain matin 19 février, à huit heures, réapparition de phénomènes identiques qui durent jusqu'à une heure de l'après-midi. La quantité de salive excrétée s'élève en totalité à 1200 grammes.

Interrogé sur ces accidents si spéciaux, le malade ra-

conte que c'est, depuis un mois, la troisième fois qu'il est atteint de cette sialorrhée douloureuse, et que les deux premiers accès avaient duré environ quatre ou cinq heures, s'étaient montrés et avaient disparu dans des conditions analogues à celles que nous venions d'observer.

L'interprétation de ces phénomènes ne laisse pas que d'être assez complexe. Cette sialorrhée doit-elle être rapportée à une névralgie de la branche auriculo-temporale du maxillaire inférieur qui donne des filets à la parotide, produisant des troubles analogues à ceux que l'on observe dans les affections douloureuses de la branche sous-orbitaire qui s'accompagnent d'un écoulement de larmes ? Ou bien plutôt, en présence des troubles cérébraux que nous avons signalés, doit-on assigner à ces symptômes une cause centrale ? Il est difficile de répondre : cependant nous nous croyons autorisés à conclure, vu le début subit et la cessation rapide des douleurs s'accompagnant de sialorrhée qui ne persiste jamais après leur disparition, que le flux salivaire est ici nettement lié à des phénomènes nouveaux, mal déterminés il est vrai, mais non douteux toutefois.

Nous avons dit que la parotide seule était atteinte ; l'exploration des autres glandes salivaires ne laisse en effet aucun doute à ce sujet. Nous nous trouvions donc en possession de 1200 grammes d'un liquide frais, non altéré, presque entièrement parotidien, les autres glandes n'ayant sécrété que normalement, partant dans des conditions excellentes d'examen de la salive parotidienne.

Ce liquide examiné dès les premiers accès, à la sortie même de la bouche du malade, était filant et visqueux, sans odeur. Placé dans un verre à expérience, légèrement troublé dès l'abord, il ne tardait pas à se séparer en deux parties, une supérieure très considérable, formée d'un li-

quide transparent, une inférieure, blanchâtre, composée de liquide et de solide. M. Londe, chef du laboratoire de chimie de M. le professeur Charcot, fit l'*examen chimique* du liquide recueilli (les deux parties simultanément); il constata qu'il était neutre, riche en phosphates et carbonates, riche en mucine, et que les réactifs révélaient à peine des traces de ptyaline et de sulfocyanure de potassium, tous caractères ordinaires de la salive parotidienne.

L'*examen microscopique* de cette salive parotidienne, qui, comme on le sait, est presque exclusivement muqueuse, devenait des plus importants. On se trouvait en effet dans les mêmes conditions, au point de vue de la parotide, que lors de l'excitation prolongée de la corde du tympan, agissant pendant plusieurs heures pour produire l'hypersécrétion de la glande sous-maxillaire. Il nous était permis d'ajouter un fait de plus, cette fois-ci observé chez l'homme, aux expériences si concluantes de M. le professeur Ranvier, qui a bien voulu contrôler le résultat de ces recherches.

On sait en effet qu'en 1869 Heidenhain, répétant les expériences célèbres de Ludwig et de Claude Bernard sur l'excitation prolongée de la corde du tympan, analysa le liquide sécrété par la glande sous-maxillaire du chien adulte et le trouva constitué par des cellules granuleuses, se colorant fortement par le carmin et plus petites que les cellules muqueuses normales. Il en conclut, après avoir comparé ce liquide avec celui que sécrétait la glande salivaire du côté opposé, seulement soumise à l'excitation physiologique, que les cellules muqueuses qui tapissent les acini de cette glande partaient en masse pour former le liquide de sécrétion. C'était déjà une restriction apportée à la théorie qui soutenait que la sécrétion *physiologique* de

la salive s'accompagnait de la chute constante de l'épithélium qui formait le liquide sécrété. Ces idées furent combattues en 1869 par M. Ranvier, qui fit nettement voir que, lorsqu'on soumet la glande sous-maxillaire du chien à une excitation prolongée, ses cellules muqueuses ne se détachent pas, mais bien au contraire restent en place et subissent les modifications suivantes : le noyau de ces cellules situé normalement du côté de la membrane propre, à la périphérie, gagne le centre du corps cellulaire, et, à mesure que le protoplasma s'accroît dans des proportions considérables, le mucus chassé tombe dans la lumière du vaisseau et est excrété. Depuis cette époque, M. Ranvier, observant à l'état vivant les cellules caliciformes qui tapissent la muqueuse que revêt le suc lymphatique rétro-lingual de la grenouille, a pénétré le mécanisme intime de la sécrétion salivaire. Il a vu que ces cellules muqueuses possédaient des *vacuoles* remplies d'un liquide moins réfringent que le protoplasma, que sous l'influence de l'excitation ces vacuoles augmentaient de volume, qu'il s'en formait de nouvelles, et que leur contenu se substituait au mucus chassé en dehors de la cellule qui ne quittait jamais la paroi.

Le liquide parotidien que nous avons examiné dans ses régions supérieures ou inférieures, ou simultanément à la sortie de la bouche, contenait deux éléments cellulaires de nature différente. On y voyait de nombreuses cellules épithéliales *pavimenteuses*, venues du revêtement de la muqueuse buccale, avec noyau central se colorant fortement par le carmin ; mais jamais, dans les très nombreuses préparations que nous avons faites, il ne nous a été donné de constater la présence d'une *seule cellule caliciforme*, dont les caractères morphologiques diffèrent si complètement de

ceux de la cellule pavimenteuse. *Après une excitation de cinq heures, et à deux reprises différentes et rapprochées, les cellules muqueuses de la parotide n'avaient donc pas quitté leur paroi d'implantation.*

Il existait en outre dans le liquide d'examen de petits éléments à gros noyau granuleux en forme de haricot, fortement colorés par le carmin, entourés d'une légère zone de protoplasma, dans lesquels il était facile de reconnaître des *corpuscules salivaires* qui ne sont autre chose, comme on le sait, que des cellules lymphatiques en migration normale et constante à travers toutes les muqueuses et les organes glandulaires. Ces éléments étaient en outre beaucoup plus nombreux qu'à l'état normal, ce qui se produit du reste orsqu'on soumet une glande à une excitation prolongée. Claude Bernard, a en effet, démontré que les petits vaisseaux des glandes se dilatent au moment où se produit la sécrétion, de telle sorte que la pression sanguine s'y trouve notablement augmentée. Cette augmentation de pression, beaucoup plus considérable dans les hypersécrétions, pourrait peut-être nous donner l'interprétation de la légère rougeur des tissus que nous avions notée et de l'augmentation légère de la température de la région parotidienne.

(*Société de Biologie.*)

UN MOT SUR LA PARALDÉHYDE;

Par M. Ch. Quinquaud.

Au mois d'août dernier, dans le service du professeur Fournier, nous avons administré la paraldéhyde dans des cas d'*insomnie*, la dose était de 50 centigrammes à 3 grammes, dans un véhicule aromatisé; tantôt elle provoquait du

dégoût, parfois elle était prise facilement; après un temps variable il survenait un sommeil tranquille, calme; mais le degré d'activité semblait diminuer avec le temps, car il fallait augmenter les doses pour produire le même effet. C'est avant tout un hypnotique qui peut trouver ses indications dans les cas d'insomnie, surtout chez des sujets qui ne présentent pas de grosses lésions organiques. Cet agent nous a même rendu des services pour atténuer et pour prévenir le morphinisme.

Pour déterminer son action physiologique, nous avons institué, en juillet 1883, au Muséum et aux Ménages, diverses expériences, desquelles il résulte :

1° Que la paraldéhyde agit d'abord sur les lobes cérébraux, et secondairement, suivant les doses, sur le bulbe et sur la moelle épinière ;

2° Elle n'est point un anesthésique vrai, bien que l'anesthésie puisse survenir avec de fortes doses, qui sont danreuses ;

3° Cet agent peut produire la mort avec arrêt respiratoire, le cœur continuant à battre; à doses faibles, la tension artérielle est peu modifiée, mais elle diminue avec une forte dose; le cœur se ralentit;

4° Les inhalations faites pendant une heure, soit en parties égales d'alcool et de paraldéhyde pure, n'ont pas produit le sommeil;

5° L'apparition de la méthémoglobine est un des effets de son action sur le sang;

6° La paraldéhyde détermine un abaissement de la température, une diminution de l'acide carbonique exhalé par les poumons. Immédiatement après l'injection de la paraldéhyde dans les veines, le sang *devient noir dans les artères :* ce n'est pas du sang asphyxique.

Voici quelques expériences à l'appui de ces propositions :

a. Sur un chien, on injecte dans les veines 8 centimètres cubes de paraldéhyde. *Avant* l'expérience, l'animal exhale, en 12 minutes, 5gr,5 CO^2, la température est de 38°,5. Trois quarts d'heure après l'injection, l'élimination pulmonaire de CO^2 descend à 1gr,96.

b. Sur un autre, on injecte dans l'estomac 10 centimètres cubes de la substance. *Avant* l'injection, le rejet de CO^2 est de 1gr,88 en dix minutes, tandis que trois heures après on trouve 1gr,52.

c. On injecte sous la peau et dans les veines 15 centimètres cubes de paraldéhyde. Avant l'expérience, l'exhalation de CO^2 est de 2gr,10, la température de 38°,8 ; deux heures et quart après, la balance donne 1gr,71 de CO^2.

d. On injecte 21 centimètres cubes de paraldéhyde dans l'estomac et sous la peau d'un autre chien. Avant l'expérience l'animal exhale 4gr,20 CO^2 en dix minutes; quatre heures après l'exhalation est descendue à 1gr,52, et le lendemain la fonction tend à se rétablir, la quantité de CO^2 exhalé est de 2gr,16.

(*L'Odontologie.*)

RECHERCHES SUR LA CONSTITUTION PHYSIQUE ET CHIMIQUE DES DENTS A L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE MALADIE;

Par le Dr V. Galippe.

Quelle que soit l'idée que l'on se fasse des causes de la carie dentaire, il est une étude préalable qui domine toutes les théories, qu'elles soient chimiques ou parasitaires : c'est celle du terrain, c'est-à-dire de la dent elle-même envisagée au point de vue de sa constitution physique et chimique. Cette étude a été trop négligée jusqu'à ce jour, et il nous paraît difficile d'édifier quoi que ce soit de sérieux au point

de vue de l'étiologie de la carie, si l'on ne détermine pas à l'avance les conditions qui précèdent généralement l'apparition de cette lésion. Ces conditions sont intimement liées à l'évolution de l'individu, à sa nutrition, ainsi qu'aux modifications imprimées à l'état général par les états pathologiques acquis ou transmis.

Les propriétés physiques, la constitution chimique des dents, constituent la résultante de ces influences diverses.

La dent a, en elle-même, des éléments de résistance aux causes de destruction, dont la valeur effective est subordonnée aux causes générales que nous venons d'énoncer succinctement.

C'est ce que nous appellerons le *coefficient de résistance.*

Quand on examine des appareils dentaire affectés de carie, on voit que la distribution de cette lésion, lorsqu'elle n'est pas généralisée, varie d'individu à individu, et que, dans des circonstances d'être comparées, ce ne sont point les mêmes dents qui sont frappées.

Que l'on prenne des enfants en voie d'évolution ou des femmes en état de gestation, des nourrices, etc., en un mot des individus dont la nutrition subit, pour une cause quelconque, des variations plus ou moins accusées, on verra que les manifestations locales de ces troubles nutritifs varient d'individu à individu.

En admettant pour un groupe d'individus placés dans les mêmes conditions pathologiques une cause initiale unique, la localisation des effets sera variable, eu égard à leur point d'application.

Chez les uns, telle dent sera frappée; chez les autres, telle autre sera atteinte.

Quelle conclusion tirer de ces faits, si ce n'est que dans un même appareil dentaire, telle dent, prise en particu-

lier, peut avoir un *coefficient de résistance* inférieur à sa voisine ou à sa similaire.

Ce qui est vrai pour les dents constituant l'appareil dentaire d'un individu déterminé, l'est également pour l'ensemble des appareils dentaires envisagés chez des individus différents. De même que, dans une bouche prise isolément, il y a des dents qui, en vertu de leur composition, n'offriront point de résistance sérieuse à la carie, de même, si l'on détermine le coefficient de résistance de différents individus, ceux-ci se distinguent en supérieurs et en inférieurs.

Le coefficient de résistance est donc variable, si on l'envisage dans les dents d'une même personne, et il diffère également d'individu à individu.

C'est ce coefficient de résistance, exprimé par les propriétés physiques et la constitution chimique des dents, — facteurs en relation intime avec l'état actuel de l'individu et généralement susceptibles d'être modifiés par l'alimentation, l'hygiène et la thérapeutique, — que je me suis proposé de déterminer.

Tout d'abord, j'ai établi par des analyses chimiques qu'il y avait un rapport constant entre les propriétés physiques des dents et leur constitution chimique.

Ce point de départ étant acquis, je me suis mis en devoir de déterminer d'abord une propriété physique importante des dents, les résumant toutes en quelque sorte : je veux parler de la densité.

La méthode employée est celle connue, dans les traités de physique, sous le nom de *méthode du flacon*. Cette méthode est susceptible d'une grande précision ; les résultats qu'elle nous a donnés ont du reste été vérifiés par l'analyse chimique. Voici les résultats fondamentaux auxquels nous sommes arrivés :

La densité des dents croît depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte.

Chez l'adulte elle est susceptible d'éprouver des variations suivant les oscillations de la nutrition dans l'état de santé ou de maladie.

La densité de la dent paraît être plus considérable chez l'homme que chez la femme. Toutefois le nombre des appareils dentaires examinés par nous n'est pas suffisant pour que nous ne fassions pas une réserve à cet égard. C'est ainsi que la densité la plus élevée que nous avons rencontrée jusqu'ici, 2,24, appartient précisément à une femme; mais c'est là un fait exceptionnel.

Par contre, la densité la plus faible que nous ayons rencontrée chez l'adulte, 2,09, nous est également fournie par une femme morte en couches.

Cette dernière observation viendrait à l'appui de l'opinion en vertu de laquelle la carie accompagnerait généralement la grossesse, à raison de l'insuffisance de l'alimentation minérale des femmes enceintes ou nourrices.

En vertu de l'ascension de la courbe des densités, depuis l'enfance jusqu'à l'âge mûr, les dents de lait ont une densité inférieure à celle des dents permanentes.

La détermination des densités vient à l'appui de l'opinion de M. Ranvier, qui a professé, dans son cours du Collège de France, que les dents présentant les espaces interglobulaires les plus nombreux et les plus considérables étaient précisément les plus exposées à la carie; ce sont également celles qui ont une densité comparativement plus faible.

La physique vient ainsi confirmer les données de l'anatomie microscopique.

Si l'on examine comparativement les densités des dents du côté droit et du côté gauche, on voit toujours que la den-

sité est un peu plus considérable d'un côté que de l'autre.

Cette différence nous a paru être moins marquée alors que le coefficient de résistance était plus élevé.

La prédominance du côté droit sur le côté gauche nous paraît ressortir de nos déterminations. Ce fait est conforme aux lois établies par A. Milne-Edwards et M. Luca sur la prédominance physique et chimique du système osseux droit sur le gauche.

La dent est un organe complexe, constitué par des tissus différents; sa densité n'est donc que la moyenne des densités de ses différents tissus.

Toutefois, si l'on prend séparément la densité des couronnes et celle des racines, on voit que la densité des couronnes obéit aux lois que nous avons établies plus haut.

Examinons par exemple un appareil dentaire dont la densité moyenne générale est égale à 2,1081.

Nous voyons que la densité des dents du côté droit est égale à 2,11 et l'emporte sur la densité du côté gauche, dont la densité est seulement égale à 2,09.

Si maintenant nous prenons la densité moyenne des couronnes, nous voyons qu'elle est considérable, puisqu'elle est égale à 2,3077, tandis que la densité moyenne des racines tombe à 1,97.

En poursuivant l'analyse, nous voyons que la moyenne des densités des couronnes du côté droit est égale à 2,32, tandis que du côté gauche elle atteint seulement 2,28.

La densité des racines dans cet exemple n'a pas varié.

La constance de ces faits a été retrouvée pour les dents de lait, et même pour les dents encore incluses dans le maxillaire.

Il nous reste maintenant à montrer :

1° Que la composition chimique de la dent obéit aux oscillations de la densité ;

2° Que la répartition de la carie obéit à ces deux facteurs : propriétés physiques et constitution chimique ;

3° Et à rechercher si les dents se carient plus fréquemment à droite qu'à gauche.

V. GALIPPE.

DE LA NOCUITÉ DE L'EMPLOI DU CAOUTCHOUC DANS LA FABRICATION DES PIÈCES DENTAIRES.

Par le DREYER-DUFER.

Le docteur Klamann a signalé, il y a quelque temps, les inconvénients de l'emploi du caoutchouc par les dentistes, et il a conclu que ce produit était nuisible aux dents et à la muqueuse buccale.

Aujourd'hui le docteur Lœve (de Berlin) conteste que le caoutchouc soit la cause de la carie dentaire observée chez les porteurs de fausses dents. Pour lui, c'est le manque de propreté seul qui occasionnerait la carie. Il faut enlever, nettoyer, brosser trois à quatre fois par jour les pièces, surtout aux endroits qui touchent aux dents naturelles et aux gencives.

Comme gargarisme, il conseille la préparation suivante :

Teinture de ratanhia	10	grammes.	
Alcool de cochlearia.	50	—	
Thymol.	0	—	50 centigr.
Essence de menthe .	X	gouttes.	

F. S. A. — Dix gouttes dans un demi-verre d'eau trois à quatre fois par jour (*Deutsche Medizinal Seitung*, n° 1, 1884).

D[r] DREYER-DUFER.

A. PRÉTERRE, *rédacteur en chef, propriétaire.*

Le Gérant : ROCHE.

EXTRAIT
DU
MUSÉE DES RESTAURATIONS BUCCALES
DE A. PRÉTERRE,

APPAREILS PROTHÉTIQUES CONSTRUITS POUR LES HOPITAUX CIVILS & MILITAIRES ET POUR LA PRATIQUE CIVILE.

Bec-de-lièvre simple ou double, Gueule-de-loup, Résections partielles ou totales des mâchoires inférieure ou supérieure, Nécroses phosphorées, Perforations palatines simples ou multiples, Accidents syphilitiques tertiaires, Difformités dentaires, Anomalies, etc., etc.

Tous ces appareils sont des duplicata des appareils construits pour les malades blessés ou opérés confiés à nos soins, par MM. les docteurs dont les noms suivent, et ils peuvent être divisés ainsi qu'il suit :

1° Restaurations du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur après leur ablation totale ou partielle;

2° Obturateurs des fissures congénitales ou acquises de la voûte et du voile du palais, ne remplaçant pas seulement la substance perdue, mais rétablissant les fonctions de l'organe;

3° Restaurations des plaies d'armes de guerre, pièces commandées par le Gouvernement français pour les blessés de Crimée et d'Italie, de Chine du Mexique et de la dernière guerre allemande;

4° Pièces diverses dont la nature n'a pas permis le classement.

1. Nélaton. . . . Obturateur pour une fenestre palatine pratiquée pour l'enlèvement d'un polype naso-pharyngien. (*Hôp. des Cliniques.*)

2. Demarquay.. . Obturateur à ressort pour une division syphilitique. (*Maison municipale de santé.*)

3. Ricord.. . . . Obturateur à ressorts palmés pour division syphilitique du voile du palais. (*Hôpital du Midi.*)

5. Trousseau.. . Obturateur à boule excentrique pour une perforation du voile du palais. (*Hôtel-Dieu.*)

6. Velpeau. . . . Obturateur à cage métallique pour division congénitale du voile du palais.

8. Denonvilliers. Obturateur à cage pour division congénitale de la voûte et du voile du palais; résection de l'os incisé et chéiloplastie; l'obturateur est porteur de quatre dents incisives. (*Hôpital Saint-Louis.*)

Debout. . . . Obturateur mi-rigide, mi-souple, appliqué pour division congénitale de la voûte et du voile du palais avec un plein succès chez un malade qui avait subi (1847) une opération infructueuse de staphylorraphie, par M. Roux. (*Présenté à la Société de chirurgie, le 26 juillet 1862.*)

2. Mounier.. . . Appareil destiné à combler une perte de substance résultant d'une fracture comminutive du maxillaire supérieur, avec destruction de la portion palatine et de toute l'arcade dentaire du côté gauche, à l'exception des trois molaires du côté gauche. (*Plaie d'arme à feu. — Bataille de Magenta.*)

14. *Baron* Larrey et Perrin. Restauration du maxillaire inférieur brisé comminutivement par une balle qui avait emporté en même temps une partie de l'arcade dentaire du côté droit (*Présenté à l'Acad. imp. de méd.—Bataille de Magenta.*)

17. Baizeau. . . . Appareil destiné à remplacer tout le corps de la mâchoire inférieure, détruit par une balle qui, en même temps, avait enlevé la presque totalité de la langue et rendu par là impossible la mastication et la déglutition; ces désordres déterminaient une perte de salive et des troubles de la digestion auxquels cet appareil a également remédié. — Présenté au conseil de santé des armées. (*Hôpital du Val-de-Grâce. — Bataille de Solférino.*)

18. Bayran. . . . Restauration de la portion droite et de l'angle du maxillaire inférieur après fracture comminutive par un coup de feu. (*Assaut de Malakoff.*)

20. Legouest . . Appareil contentif appliqué pour la destruction du maxillair inférieur et du menton par une balle. (*Val-de-Grâce.*)

Cet appareil a eu surtout pour résultat de remédier au chevauchement des dents et autres désordres, suites inévitables de la perte du maxillaire inferieur, sur la voûte palatine et sur l'arcade dentaire supérieure. (*Bataille de Montebello.*)

22. Maisonneuve. Restauration d'une portion du maxillaire supérieur après son ablation. (*Malade présenté à l'Acad. de méd. — Hôp. de la Pitié.*)

24. Michaux. . . . Restauration du maxillaire supérieur droit, enlevé pour une tumeur myéloide.

26. Maisonneuve. Maxillaire inférieur en totalité, pour remplacer le maxillaire inférieur enlevé pour une tumeur de nature fibreuse développée dans le corps de l'os, et s'étendant de chaque côté du droit principalement. (*Présenté à l'Académie de médecine. — Hôpital de la Pitié.*)

29. Broca. . . . . Obturateur pour une division de la voûte du voile du palais. (*Hôpital de Bicêtre.*)

30. Parise *de Lille.* Maxillaire supérieur gauche et moitié latérale de l'ethmoïde du même côté entièrement remplacés à la suite de leur ablation necessitée par une tumeur fibro-plastique.

36. Chassaignac. . Obturateur pour une nécrose du maxillaire supérieur avec perforation de la voûte palatine.

38. Nélaton et Sédillot. Appareil destiné à combler une double fissure palatine.

Cet appareil est porté depuis sept ans, et comme il s'agissait ici de traumatisme, les résultats ont été immédiats : nul n'eût pu soupçonner l'infirmité du malade.

44. Cullerier. . . Obturateur pour une fissure syphilitique du voile du palais. Il offre ceci de particulier que le ressort qui soutient la fente du voile du palais est de forme entièrement circulaire. (*Hôpital du Midi.*)

45. Nélaton. . . . Appareil pour la cautérisation de la voûte palatine.

Cet appareil a permis à M. le professeur Nélaton d'employer pour la première fois un procédé qui lui est propre pour la destruction, au moyen d'un chlorure de zinc, d'une tumeur encéphaloïde, dont l'état de dégénérescence faisait redouter l'hémorrhagie. (*Clinique de la ville.*)

46. Giraldes. . . Obturateur de la voûte et du voile du palais, division congénitale. (*Hôpital des Enfants.*)

47. Duchenne *de Boulogne.* Elévateur de la langue dans un cas de paralysie de cet organe. (*Clinique de la ville.*)

48. Dunglas. . . . Nez artificiel pour masquer la destruction, par un cancer, de toute la partie droite de l'aile à la racine. (*Fac. de Lima.*)

50. Huguier. . . . Appareil appliqué sur la couverture d'un abcès du sinus maxillaire qui avait entraîné la nécrose et la destruciion du sinus et de l'arcade dentaire du côté gauche. (*Hôpital Beaujon*)

54. Michon. . . . . Appareil pour combler la cavité résultant d'une ablation d'une portion du maxillaire supérieur pour une nécrose de cet os. (*Hôpital de la Pitié.*)

57. Vallet *d'Orléans.* Obturation pour une division congénitale de la voûte et du voile du palais.

58. Bertherand. . Destruction complète du nez et de la voûte palatine, légère perte de subtance de la portion moyenne du maxillaire inférieur.— Restauration mécanique de toutes ces parties. (Suite de tentative de suicide.) Présenté à la société de chirurgie, 28 avril 1863. (*Hôpital d'Alger.*)

59. Laveran. . . . Obturateur pour une perforation palatine avec perte des incisives par suite d'ulcération syphilitique. (*Hôpital militaire du Val-de-Grâce.*)

60. Jarjavay. . . Appareil construit pour un malade de son service et qui portait une fistule et une nécrose du sinus maxillaire. Cette pièce est construite sur le principe des dentiers à succion, complétement isolée des dents restantes et fixée au palais par le seul moyen d'une chambre à air. *(Hôpital Saint-Antoine.)*

61. Verneuil. . . Obturateur appliqué après une opération de staphylorraphie; le voile a pu être réunie en partie, et les portions dures de la voûte, séparées par un trop grand espace, n'ont pu être rapprochées, et la fermeture de l'orifice restant a nécessité l'emploi de cet appareil. *(Hôtel-Dieu.)*

63. Monod. . . . Obturateur fenêtré avec luette articulée, appareil porté depuis 5 ans. *(Maison municipale de santé.)*

67. Malgaigne. . Obturateur à cage en or pour division congénitale de la voûte et du voile du palais. Cet appareil est l'un des plus élémentaires que nous ayons contruits, mais il a donné néanmoins des résultats assez satisfaisants; car nous n'avons pu obtenir du malade qu'il fût remplacé par un plus perfectionné. *(Hôpital Beaujon.)*

20. Langenbeck *de Berlin*. Modèle d'une pièce exécutée pour un malade auquel on avait pratiqué l'ablation du maxillaire supérieur dans sa totalité à la suite d'un cancer de cette région.

121. Goffres. . . Appareil rétablissant la symétrie de l'arcade dentaire inférieure détruite par une tentative de suicide. La figure de cet appareil représente une arcade dentaire supplémentaire et appliquée extérieurement à l'arcade dentaire restante et rétrécie de plus d'un tiers par la blessure. *(Hôp. mil. de Vincennes.)*

122. Goffres. . . Appareil pour remédier à la perte des 6 dents antérieures de la mâchoire supérieure et d'une portion de l'os incisif emportée par un coup de pied de cheval. *(Même hôpital.)*

123. Hardy. . . . Obturateur pour division congénitale du voile du palais.—Sujet déjà opéré par M. Roux.

124. Marjolin. . . Obturateur du voile du palais, seule division congénitale sur un sujet âgé de 11 ans. *(Hôp. des enf. mal. Ste-Eugénie.)*

125. Simpson *d'Édimbourg*. Obturateur pour une division très-large de la voûte et du voile du palais.

130. Gosselin. . . Obturateur après staphylorraphie; le voile seul ayant pu être réuni. *(Hôpital Cochin.)*

131. Richet. . . . Nez artificiel; accidents syphilitiques. *(Hôpital de la Pitié.)*

138. Bouchut. . . Obturateur pour une division d'origine syphilitique de la voûte et du voile, simulant par sa disposition une division congénitale chez une petite fille de 11 ans.

Nous avons pu faire profiter cette enfant de la disposition nouvelle de nos appareils, que nous appliquons aux cas congénitaux. *(Hôpital Sainte-Eugénie.)*

142. Cusco. . . . Appareil destiné à combler la perte de substance résultant de l'ablation d'une portion du maxillaire supérieur suite de nécrose. Cet appareil est en place depuis six ans. *(Hôpital de la Salpétrière.)*

150. Calvo.. . . . Appareil à voile mobile pour une nécrose syphilitique d'une portion antérieure du maxillaire supérieur, obturant deux cavités dans la voûte palatine et une fissure dans le voile du palais. *(Dispensaire spécial de la cité Trévise.)*

151. Velpeau. . . Nez artificiel.

152. Jobert de Lamballe. Appareil contentif à la mâchoire supérieure et maxillaire artificiel pour remédier aux suites d'une ablation de cet os du côté gauche.

Les collections sont soumises à l'examen de MM. les Chirurgiens et Médecins de 4 à 5 heures tous les jours, le dimanche excepté.

En prévenant à l'avance, on pourra voir des sujets porteurs des appareils.

A. PRÉTERRE, 29, boulevard des Italiens, Paris.

Paris.—Imprimerie L. Baudoin et Ce rue Christine, 2.